

ФУНКЦИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГШИХСЯ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПОВОДУ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Сачек Ю.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Эктопическая беременность (ЭБ) занимает одно из ведущих мест в акушерско-гинекологической практике. Статистические исследования последних лет указывают на стойкий рост частоты этой патологии во всем мире [2,4]. Выполнение радикальной операции – тубэктомии, остающейся до настоящего времени основным видом лечения ЭБ, не является безразличным для здоровья пациентки. Впоследствии развиваются нейроэндокринные, вегетативные нарушения, вторичное бесплодие [1,2,5]. После удаления трубы помимо изменений в системе матка – яичники – трубы, обусловленных нарушением кровоснабжения, лимфооттока и иннервации этих органов, включаются механизмы обратной связи. Нарушения в периферическом эндокринозависимом звене вызывают изменения деятельности гипоталамуса и гипофиза с вовлечением и изменением функции надпочечников и щитовидной железы [1,3]. Учитывая отрицательное

влияние тубэктомии на репродуктивную систему и качество жизни пациенток, все большее число отечественных и зарубежных исследователей приходят к необходимости сохранения маточных труб при ЭБ [1,5]. Рядом исследователей доказано, что прием оральных контрацептивов (ОК) после прерывания беременности оказывает нормализующее действие на эндокринную систему и способствует активизации репаративных процессов во внутренних половых органах [3]. В клинических исследованиях было установлено, что период, необходимый для репарации поврежденного эпителия маточной трубы после сальпинготомии составляет 6 месяцев [4], что определяет минимальную длительность курса гормонотерапии после операции по поводу ЭБ.

Цель настоящего исследования заключалась в выявлении эндокринных сдвигов у пациенток, прооперированных по поводу ЭБ, в зависимости от объема операции, возможности их восстановления путем назначения комбинированных оральных контрацептивов.

Материал и методы исследования. Для оценки влияния перенесенной ЭБ на состояние эндокринной системы организма проводилось определение содержания ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактина, эстрадиола, эстриола, прогестерона, тестостерона, кортизола, Т3, Т4, Т4 свободного, тиреоглобулина на 5 – 7 и 21 – 24 дни менструального цикла у 25 пациенток, перенесших ЭБ (74 исследования по 13 гормонов). 14 пациенткам (I группа) в послеоперационном периоде гормональные препараты не назначали. Исследование гормонального статуса у них производили во 2-м и 6-м менструальных циклах после операции. 11 больным (II группа) со 2-5-го дня после операции назначали по 1 таблетке одного из КОК (новинет, мерсилон, регулон, марвелон, фемоден, фемостон 2/10) в контрацептивном режиме на 3-4 месяца, а также мастодинон – фитопрепарат с допаминергическим эффектом, в виде раствора по 30 капель 2 раза в день на 2 – 4 месяца. Пациенткам II группы изучение содержания уровня гормонов проводили через 6 месяцев после операции. По поводу ЭБ 9 пациенткам I группы и 7 пациенткам II-ой была выполнена лапаротомия и удаление маточной трубы, остальным – лапароскопическое органосохраняющее вмешательство. Уровень гормонов определяли радиоиммунологическим методом в сыворотке крови с использованием сертифицированных наборов реактивов «Хозрасчетного опытного производства ИБОХ НАН РБ» на базе ЦНИЛ ВГМУ.

В качестве контроля были взяты показатели, характеризующие концентрацию гормонов в сыворотке крови 10 здоровых женщин детородного возраста (20 исследования по 13 гормонов). Для статисти-

ческой обработки результатов проведено вычисление средней арифметической величины, стандартного отклонения, критерия Стьюдента с использованием программы Excel пакета Microsoft Office XP (при $p < 0,05$ различия считали достоверными).

Результаты и обсуждение. При исследовании профиля гормонов во 2-м менструальном цикле у пациенток после органосохраняющего и радикального лечения ЭБ не было выявлено существенных различий, что послужило основанием для общей оценки полученных результатов. Так, у пациенток во 2-м менструальном цикле после операции выявлен повышенный уровень почти всех исследуемых гормонов как в I, так и во II фазу менструального цикла, причем достоверно высокими ($p < 0,05$) оказались концентрации ЛГ, пролактина, эстрадиола, эстриола, тестостерона, ТЗ, Т4, , кортизола. Тенденция к повышению ($p > 0,05$) выявлена для ФСГ, тиреоглобулина, Т4 свободного, к понижению – для прогестерона, ТТГ. Повышенный уровень большинства гормонов, по-видимому, связан с сохраняющейся стрессовой реакцией организма на прерывание беременности и оперативное вмешательство.

В 6-м менструальном цикле у пациенток после лапароскопической операции с сохранением маточной трубы выявлена нормализация уровня гормонов, за исключением пролактина, концентрация которого оставалась повышенной ($p > 0,05$).

У пациенток после радикальной операции наряду с тенденцией к нормализации ряда показателей (ТТГ, ТЗ, Т4, Т4 свободного, тиреоглобулина) выявлены изменения в отношении других гормонов. Так в I фазу менструального цикла имело место снижение уровня ЛГ, повышение прогестерона по сравнению с контрольной группой ($p > 0,05$). Во II фазу наблюдалось повышение уровня ЛГ ($p > 0,05$), снижение прогестерона ($p < 0,05$). В обе фазы менструального цикла выявлено снижение показателей ФСГ, повышение уровня пролактина, эстрадиола и эстриола ($p < 0,05$), сохранялась тенденция к повышению уровня кортизола, тестостерона ($p > 0,05$). Выявленный дисбаланс гормонов свидетельствует о сохраняющихся нарушениях в эндокринной системе в позднем постоперационном периоде у больных, подвергшихся радикальному хирургическому лечению.

У пациенток II группы, которым в послеоперационном периоде проводили терапию оральными контрацептивами и мастодиномом, в 6-м цикле после операции не выявлено существенных различий в содержании гормонов крови по сравнению с контрольной группой. Это данные свидетельствуют о нормализующем влиянии гормонотерапии на функцию эндокринной системы.

Клинические наблюдения за пациентками в течение 6-8 месяцев после хирургического вмешательства позволили выявить патологию менструального цикла, наступившую после операции, в виде гипер-, поли-, альгоменореи, мажущих выделений до (2-10 дней) и после (3-5 дней) менструации, нерегулярности менструаций у 7 (50,0%) больных I группы: у 6 (66,7%) - после удаления маточной трубы и у 1 (20%) – после органосохраняющего вмешательства. Мастодинию отмечали у 10 (71,4%) пациенток I группы: у 7 (77,7%) – после радикальной операции и у 3 (60,0%) – после сохранения трубы. Диспареунию отмечали пациентки как I, так и II группы: 5 (31,3%) – после сальпингоэктомии, 2 (22,2%) – после сохранения маточной трубы. После операции у 8 (57,1%) пациенток I группы (6-после сальпингоэктомии, 2 – после сальпинготомии) и у 4 (36,4%) II (3-после радикальной операции, 1 – после консервативной) выявляли легкие симптомы гиперфункции щитовидной железы: быструю утомляемость, расстройство сна, повышенную потливость, которые купировались через 3-5 месяцев, причем у пациенток II группы в среднем на месяц раньше. По данным сонографии у 5 (55,6%) пациенток I группы после сальпингоэктомии на 23-26 день менструального цикла толщина эндометрия составила 14-16 мм. По данным ультразвуковой фолликулометрии и измерения базальной температуры через 6-8 месяцев после операции овуляторные циклы имели место у пациенток I группы в 6 (66,7%) случаях после радикальной операции и в 4 (80,0%) – после органосохраняющего лечения, у пациенток II группы в 6 (85,7%) и 4 (100,0%) случаях соответственно.

Выводы. Таким образом, выявленная дисфункция эндокринной системы в раннем и позднем постоперационном периоде у пациенток после радикального хирургического лечения по поводу ЭБ доказывает необходимость выполнения органосохраняющего лечения. Поскольку у ряда больных удаление трубы при внематочной беременности является операцией выбора (при выраженных деструктивных изменениях маточной трубы, беременности в ранее оперированной трубе, интраоперационном продолжающемся кровотечении после сальпинготомии, наличии сопутствующего воспаления в малом тазу) в постоперационном периоде им необходимо проведение корректирующей гормонотерапии. Кроме этого, проведение гормонотерапии показано пациенткам и после органосохраняющего лечения с целью активации репаративных процессов в поврежденном эпителии маточной трубы и контрацепции.

Литература:

1. Безнощенко Г.Б. Проблема оперированного органа в гинекологии// Российский вестник акушера-гинеколога -2003 - Т.3. - №2 - с. 28-33
2. Дивакова Т.С., Сачек Ю.А. Роль эндоскопической хирургии в лечении больных с трубной беременностью// Вестник Витебского государственного медицинского университета - 2005. – Т 4 - №2 - с. 40-46.
3. Савельева И.С. Комбинированная оральная контрацепция как профилактика аборта и лечение его осложнений// Гинекология - 2002.- Т.4.- №3.-с. 107-111.
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность./М.- «Медицина».- 1998.
5. Parker J., Bisits A. Laparoscopic surgical treatment of ectopic pregnancy: salpingectomy or salpingostomy? Aust N Z J. Obstet. Gynaecol. - 1997 - № 37(1).- P. 115-117